

**QUESTIONÁRIO PARA SECRÇÃO GENITAL**

Data de Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade : \_\_\_\_\_

DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Material obtido por: ( ) Escovado ( ) Raspado ( ) Biópsia

Local: ( ) Colo ( ) Vagina ( ) Vulva ( ) TGI ( ) Glânde  
( ) Ânus ( ) Urina ( ) Pênis ( ) \_\_\_\_\_

Aspecto: \_\_\_\_\_ Odor: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Medicamentos:

Motivo do Exame:

Referente ao POP CO.001

Rev. 00 07/02/2011